Rok XXXVII. Kraków 3. Września 1898. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału ocznego Radcy zdrowia Prym. Dr. E. Macheka we Lwowie.

O zastosowaniu wasogenów jodowych w okulistyce i ich przenikaniu przez skórę,

podał

Dr. Adam Szulisławski.

Wasogen jest to olej waselinowy, otrzymywany przez silne utlenienie wyższych węglowodorów (waseliny). Pierwszym, który w celach leczniczych rozpoczął używać wasogenu jako zaprawy (Vehikel) dla rozlicznych leków, j. t. kreosotu, jodoformu, jodu, kreoliny itd. był prof. Beyer z Brukseli [1]). Liczne doświadczenia, które wykonał, stosując szczególnie 20% wasogen kreozotowy u chorych, dotkniętych gruźlicą (wewnętrznie i zewnętrznie), dały nietylko bardzo zadawalniające wyniki lecznicze, lecz nadto wykazały, że wasogen jako taki posiada własność przenikania zdrowej skóry i że leki w nim zawieszone, czy też chemicznie połączone, mogą razem z nim dostawać się przez skórę do ogólnego krwi obiegu. „Sie imbibiren in ganz merkwürdiger Weise die Epithelschicht der Haut und Schleimhaut, dringen bis an die Capillaren und Nervenendingungen vor, auf welche Weise sich ihre lokale Wirksamkeit erklärt, und gelangen sodann zur Resorbtion". Wessanie zaś to przestało należeć do mrzonek, jak się wyraża prof. Beyer, z chwilą, gdy została stwierdzona obecność fenolów w moczu.

Dalsze doświadczenia, które Dr. Max Dahmen [2]) rozszerzył na wasogeny kreozotowy i jodoformowy, potwierdziły poprzednie zdobycze. Zdołał on bowiem wykazać po zewnętrznem stosowaniu odpowiednich wasogenów, zarówno fenol, jak i jod w moczu.

O wasogenie jodowym, na który w niniejszej pracy szczególniejszą skierowaliśmy uwagę, powiada Dr. Monheim [3]) co następuje, a co również dosłownie przytoczyć musimy: „Nach einer einmaligen, um 10³/₄ Uhr Morgens stattgefundenen Einreibung von 5 Grm. Jod-Vasogen 6 Procent auf Brust und Nacken, war der 3¹/₄ Stunden später, um 2 Uhr Nachmittags, gelassene Urin bereits jodhaltig; auch in den um 4 Uhr Nachmittags und 8 Uhr Abends ausgeschiedenen Urinmengen wurde deutliche Jod-Reaction beobachtet, dagegen war der später gelassene Urin jodfrei". Dodać należy, że Monheim uważa trud, który sobie zadawał Dahmen, spalając mocz przed badaniem, za całkiem zbyteczny i zapewnia, że zupełnie wystarcza dodać nieco skrobi i zgęszczonego kwasu siarkowego wprost do surowego moczu, aby z całą pewnością jod wykazać.

Stósownie do wyników tych badań wydawałaby się możliwość wprowadzenia rozmaitych środków leczniczych do ustroju przez skórę, jeżeli nie zupełnie pewną, to przynajmniej wielce prawdopodobną, a to tem bardziej, że w pięknych doświadczeniach Filehnea [4]), zyskała myśl ta, szczególnie co do jodu, znakomitą teoretyczną podstawę. W pracy tej bowiem, stawia Filehne jod, obok siarki i tlenku ołowiu, w rzędzie tych ciał, które się rozpuszczają w oliwie, „a bezwątpienia także w łoju skóry i zawierającym go cholestearynowym tłuszczu przyskórka", przez co samo już istnieje możliwość przyswojenia tych ciał z powierzchni całego ciała.

Wszystkie te podania brzmiały nader zachęcająco. A jeśli się zważy, jak często staje lekarz w obec konieczności zastosowania jodu i niemożności podawania go przez usta z powodu zaburzeń żołądkowych, jasną i zrozumiałą wyda się skwapliwość, z jaką się chwyta taki środek, któryby z ominięciem drażliwego na przetwory jodowe żołądka, pozwalał jod wprowadzać do ustroju przez skórę. A wasogeny jodowe zdają się jakby stworzone na to, aby zapełnić tę lukę w naszym skarbcu leczniczym, boć nietylko, że, jak zdają się wskazywać powyższe doświadczenia, ulegają ze skóry wessaniu, lecz nawet jak twierdzą Leistikow [5]) i Monheim „nadzwyczaj szybko" ją przenikają. Nadto przypisują im i tę jeszcze wyższość nad wszelkimi innymi przetworami jodu, że w miejscu zastosowania nie drażnią skóry i błony śluzowej, a po dokładnem wtarciu nie pozostawiają jodowych plam na skórze.

Chęć naocznego przekonania się o wszystkich tych zaletach wasogenów jodowych i dobrze odczuta potrzeba rozporządzania środkiem, któryby w danym przypadku mógł zastąpić wewnętrzne podawanie jodu, skłoniły mnie do przeprowadzenia całego szeregu doświadczeń, do których materyał wybierałem, za zgodą Prym. Dra Macheka, z oddziału tutejszego szpitala powszechnego.

Celem tych badań było, po pierwsze przekonać się dowodnie, czy rzeczywiście jod przez wcieranie wasogenów jodowych w skórę, dostaje się do ustroju [6]) a, powtóre, czy

[1]) Deutsche med. Wochenschrift 1893 Nr. 39.
[2]) Deutsche medic. Wochenschrift 1894 Nr. 1894. Nr. 15.
[3]) Allgemeine medic. Central-Zeitung 1896, Nr. 96.

[4]) Ueber die Durchgängigkeit der menschlichen Epidermis für feste und flüssige Stoffe. Berliner klin. Wochenschrift 1898. Nr. 3.
[5]) Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XXI, Nr. 1.
[6]) Postawienie tego pytania nie wydaje mi się zbytecznem mimo dodatnich wyników badań wyżej przytoczonych autorów. Pominąwszy już bowiem tę okoliczność, że obydwaj (Dahmen, Monheim) rozstrzygają twierdząco sprawę wessalności jodu przez skórę na podstawie jednego jedynego doświadczenia, to samo wykazanie jodu w moczu, bez zwrócenia szczególniejszej uwagi i wykluczenia możliwości dostania się jodu przy wcieraniach w skórę, na innej ubocznej drodze do ustroju, nie stwierdza jeszcze z niewzruszoną pewnością, że wessanie nastąpiło rzeczywiście przez skórę. O czem niżej.

ten sposób stosowania jodu mógłby mieć jakieś praktyczne, lecznicze znaczenie w okulistyce.

W tym też duchu prowadzono doświadczenia, z których chciałbym w niniejszej pracy krótko zdać sprawę.

Wcierania robili chorzy pod moim osobistym nadzorem własnemi rękami, na rozmaitych częściach ciała, dostępnych dla ich dłoni (z wyjątkiem 2-ch przypadków, o czem niżej), i to zwolna po kilkanaście kropli, aż do suchości. W przeważnej liczbie przypadków polecano przed wcieraniem obmyć odpowiednie miejsce mydłem i wyskokiem, w innych przypadkach rozmyślnie dla próby, zaniechano tego. Całą ilość moczu, z doby następującej po wtarciu wasogenu, zbierano porcyami (3—5) i przechowywano w szklanych, zakorkowanych flaszkach, zaopatrzonych numerem i napisem o której porze (godzinie) odnośna porcya moczu była oddaną.

Aby się przekonać o czułości prób, któremi zamierzałem badać mocz na jod, a nadto, aby nabrać należytej wprawy, przygotowywałem rozczyny jodku potasowego o rozmaitem rozcieńczeniu, aż w końcu doszedłem do 0,001% rozczynu (a więc 1:100.000), w którym również z łatwością wykazać można jod zapomocą wszystkich przezemnie używanych prób. Należy zaś i na to zwrócić uwagę, że 0,001% rozczyn jodku potasu, odpowiada 0,00077% rozczynowi czystego jodu.

Dla uniknięcia nieporozumień uważam za konieczne przytoczyć w krótkości próby, które stosowałem celem wykrycia jodu:

1) Za dodaniem kilku kropel zgęszczonego kwasu azotowego zabarwia uwolniony jod skrobię na niebiesko.

2) Celem uwolnienia jodu można także użyć zgęszczonego kwasu siarkowego. Za dodaniem skrobi powstaje również zabarwienie fioletowo-niebieskie. (Tej próby użył Monheim w swojem doświadczeniu). Przy stosowaniu tej próby nie wolno jednak zapomnieć o tem, że za dodaniem zgęszczonego kwasu siarkowego powstanie w każdym moczu właściwe zabarwienie od urochromu i że strzedz się należy, aby tego zabarwienia nie wziąć za odczyn jodu. Oczywiście nie ma tej obawy, jeśli szukamy jodu w wodojasnym przesączu, otrzymanym po spaleniu i stopieniu moczu.

Tablica I. Wcierania po 10 grm. 3% wasogenu jodoformowego.

L. p.	Nazwisko. Wiek. Rozpoznanie.	Data i trwanie pojedynczego wcierania: Dzień	Godzina	Badanie na jod moczu z najbliższej po wcieraniu doby, zbieranego porcyami. I porcya	1 próba	2 próba	3 próba	4 próba	II porcya	1 próba	2 próba	3 próba	4 próba	III porcya	1 próba	2 próba	3 próba	4 próba
1.	Dec Edward 28 l. Irido-Keratitis oc. sin.	7/5	$9—9_{10}$ przedpoł.	2 godz. popołudniu	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	7_{30} godz. wieczór	ujemna	ujemna	ślad	ślad	6 i 9 godz. rano	dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia
2.	Sławik Eugen. 26 l. Haemorrhag. in corp. vitr. oc. d.	12/5	$8_{30}—9_{30}$ przedpoł.	2_{30} godz. popołudniu	dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia	9 godz. wieczór	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	7_{15} i 10 godz. rano	dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia
3.	Prima Edward [1] 21 l. Paralysis trochlearis sin. (specifica)	16/5	$8_{45}—9_{20}$ przedpoł.	4_{30} godz. popołudniu	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	9_{20} godz. wieczór	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	8 godz. rano	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia
4.	Jurkiewicz Włodz. [2] 23 l. Irido-Kyklitis oc. d.	24/5	$8_{15}—10_{25}$ przedpoł.	1_{10} godz. popołudniu	ujemna	ujemna	niepewn.	ujemna	8 godz. wieczór	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	8 godz. rano	dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia

[1]) Już po dokonanem wtarciu zauważyłem drobne zdarcie naskórka na palcu lewej ręki.

[2]) Wcieranie wykonała druga osoba zapomocą doskonale wygładzonego szkła na łydki i uda, poczem założono dobrze przylegający krochmalny opatrunek.

3) Do badanego rozczynu dodaje się kilka kropel dymiącego kwasu azotowego, a następnie chloroformu. Przy wstrząsaniu chwyta chloroform wolny jod i pięknie różowo zabarwiony opada następnie na dno próbówki. (Próba stosowana przez Dahmena).

4) Celem jakościowego wykazania jodu w moczu poleca H. Sandland [7]) uwolnić jod z połączeń zapomocą rozcieńczonego kwasu siarkowego i azotynu potasowego, a następnie wstrząsać z siarczkiem węgla. W tej próbie zastąpiliśmy azotyn potasowy, azotynem sodowym, a siarczek węgla — chloroformem. Bardzo jasne, piękne, różowe zabarwienie chloroformu. Należy zauważyć, że ta ostatnia próba jest z tych czterech pod względem chemicznym najznamienniejsza.

Musimy tu wyraźnie zaznaczyć, że używaliśmy wszystkich tych prób w każdej porcyi moczu z osobna we wszystkich niżej przytoczonych przypadkach; i to najpierw wprost w surowym, a następnie w spalonym moczu. W tym celu odparowywano 100—200 grm. moczu z sodą (1:100), pozostałość palono i stapiano z saletrą. Po sproszkowaniu tego stopu i przegotowaniu go z wodą, otrzymywano wodo-jasny przesącz, odpowiedni do badania.

Aby uzyskać oczywisty dowód, że ilość jodu, użyta przezemnie do wcierań, jest wystarczającą, aby, jeśli w ogóle ulegnie wessaniu, można było jod w moczu wykazać, podałem choremu, który nigdy przedtem jodu nie zażywał, 0,235 jodku potasu, co odpowiada 0,18 czystego jodu (a więc 3 grm. 6% wasogenu jodowego) i poleciłem zażyć tę ilość w ciągu 3 godzin (od 10—1-ej). W moczu oddanym do godziny 5-ej po południu (n. b. w surowym moczu) wykazywały wszystkie próby silny odczyn jodu. U innego chorego, który zażywał dziennie 2 łyżki 4% rozczynu jodku potasu, można było wykazać tak w surowym jak i spalonym moczu obfitą zawartość jodu.

Po tych przygotowaniach przystąpiono 24-go marca b. r. do właściwych doświadczeń z 6% wasogenem jodowym (Jod-Vasogen).

W 8 przypadkach, wcierano po 2 grm. na dawkę.

[7]) Jahres-Bericht ueber Fortschritte der Thier-Chemie. 1894 Bd. 24.

Tablica II. **Weierania po 5 grm. 6°/₀ wasogenu jodowego.**

L. p.	Nazwisko. Wiek. Rozpoznanie.	Data i trwanie pojedynczego weierania: Dzień	Godzina	Badanie na jod moczu z najbliższej po wycieraniu doby, zbieranego porcyami. I porcya: 1 próba	2 próba	3 próba	4 próba	II porcya: 1 próba	2 próba	3 próba	4 próba	III porcya: 1 próba	2 próba	3 próba	4 próba	IV porcya: 1 próba	2 próba	3 próba	4 próba
1.	Szylkiewicz Ant. 17 l. Keratitis parenchym. diff. oc. utr.	9/5	$8^1/_2$—$9^1/_2$ przedpoł.	1½ godz. popołudniu				5 godz. popołudniu				5 i 9 godz. rano							
				dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	—	—	—	—
2.	Szylkiewicz. j. w.	12/5	$9^1/_2$—$10^1/_2$ przedpoł.	12 godz. w południe				7 godz. wieczór				11 godz. w nocy				5_{45} i 9 godz. rano			
				ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia	ujemna	ślad	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna
3.	Jurkiewicz Włodz.[1]) 23 l. Irido-Kyklitis oc. d.	14/5	$10^1/_2$—11 przedpoł.	1_{30} godz. popołudniu				5 godz. popołudniu				7_{15} godz. wieczór				11 godz. wieczór			
				ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna
4.	Tylec E.[2]) 16 l. Maculae corn. diff. post Kerat. parench. o. utr.	16/5	$8^1/_2$—9_{20} przedpoł.	1_{45} godz. popołudniu				8_{15} godz. wieczór				5 godz. rano							
				ujemna	ujemna	ujemna	ślad	ujemna	ujemna	ślad	ślad	ujemna	ślad	ujemna	ślad	—	—	—	—
5.	Slawik Eugen. 26 l. Haemorhag. in corp. virt. oc. d.	18/5	11—11_{20} przedpoł.	4_{30} godz. popołudniu				9_{23} godz. wieczór				8_{22} godz. rano							
				ujemna	ujemna	niepewn.	ślad	ujemna	ujemna	ślad	ujemna	ujemna	ujemna	ślad	ślad	—	—	—	—
6.	Jurkiewicz[4]) j. w.	19/5	9—9_{10} przedpoł.	12_{35} godz. popołudniu				4 godz. popołudniu				9_{20} godz. wieczór				5_{45} godz. rano.			
				ujemna	ujemna	ujemna	niepewn.	ujemna	ujemna	ujemna	niepewn.	ujemna	ujemna	ujemna	ślad	ujemna	ujemna	ślad	niepewn.
7.	Slawik[4]) j. w.	25/5	9—11 przedpoł.	5_{45} godz. popołudniu				10_{45} godz. wieczór				8_{10} godz. rano							
				ujemna	ujemna	niepewn.	ślad	ujemna	ujemna	ujemna	niepewn.	ujemna	ujemna	niepewn.	niepewn.	—	—	—	—

[1]) V porcya moczu była oddana o godz. 6_{45} rano. Wszystkie 4 próby ujemne. Niezwykle duża ilość moczu i znaczne jego rozcieńczenie, mogłyby tłómaczyć ujemny wynik badania na jod.

[2]) Do 5 grm. wasogenu jodowego dodano przed weieraniem po 1 cem. acetonu i ługu sodowego, następnie wyskoku. Usiłowano w ten sposób zamienić jod na jodoform. (Z epruwetki wydobywa się woń amoniaku).

[3]) W tym samym celu dodano do wasogenu jodowego 3 Cen. wyskoku. (Woń amoniaku).

[4]) Weieranie wykonała druga osoba, zapomocą doskonale wygładzonego szkła na łydki i uda, poczem założono szczelnie przylegający krochmalny opatrunek.

Uwaga. Okoliczność, że w tej samej porcyi moczu niektóre próby dawały wynik dodatni, inne ujemny, świadczyć może tylko o tem, jak niezwykle małe ilości jodu były obecne i jak łatwo w tych warunkach, mimo najtroskliwszej uwagi, zepsuć odczyn.

Wszystkie próby zarówno w czystym jak i spopielonym moczu ujemne.

W 2 przypadkach weierano po 3 grm na dawkę. Wszystkie próby ujemne.

W 5 przypadkach weierano po 5 grm. na dawkę. Badanie moczu wszystkiemi próbami, we wszystkich porcyach dało wynik ujemny.

Po tych niepomyślnych próbach wykonano 6-go maja doświadczenie z odpowiednią ilością wasogenu jodoformowego (Jodoform-Vasogen) — i wykazano w II, a zwłaszcza w III porcyi moczu z najbliższej doby, piękny i wyraźny odczyn jodu. Przy tej sposobności zrobiłem jeszcze to, bardzo ważne dla późniejszych doświadczeń, spostrzeżenie, że nawet najdrobniejszy nadmiar dodanego kwasu natychmiast niszczy odczyn, gdyż co dopiero uwolniony jod wchodzi w nowe połączenia, że przeto konieczną jest rzeczą dodawać kwasy nader ostrożnie tylko kroplami, najlepiej zapomocą wkraplacza, jeśli się chce otrzymać pewne i zupełnie wolne od zarzutów wyniki. Oczywiście potrzeba takiej drobiazgowej ostrożności tylko przy bardzo małych ilościach jodu. Po tem doświadczeniu należało na nowo rozpocząć próby z wasogenem jodowym; trudno bowiem było zrozumieć, dlaczego właściwie wasogen jodoformowy miałby ulegać wessaniu, jodowy zaś nie. Wynik tych badań przedstawiono dla krótkości i lepszego przeglądu w dwu następujących tablicach

Muszę jeszcze zauważyć, o czem doświadczalnie się przekonałem, że małych ilości jodu (a z takiemi mamy tu do czynienia) w czystym t. j. surowym moczu nie można wykazać w ogóle żadną próbą. Występujące bowiem równocześnie rozmaite odczyny barwików moczowych pokrywają w tym razie zupełnie słaby odczyn jodu. Dlatego też zaniechałem badania surowego moczu i używałem odtąd tylko wodo-jasnego przesączu, otrzymywanego po spaleniu i stopieniu moczu.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału I. chorób wewnętrznych szpitala Powszechnego we Lwowie (Prym. Dr O. Widmann).

O sposobach i klinicznej doniosłości wykrycia barwika żółci w moczu.

Podał
Dr. W. Arnold,
sekundaryusz szpitala.

Penzoldt w pracy swej pod tyt. „Dawniejsze i nowsze próby moczowe i ich war-

tość praktyczna (wyd. II.) wyraża następujący sąd o wartości klinicznej wykrycia bilirubiny w moczu: „W przypadkach, w których rozpoznanie żółtaczki u chorego jest wątpliwem, a mocz nie okazuje wyraźnego żółtaczkowego zabarwienia, zawodzą nas nie rzadko i próby chemiczne, dlatego też próby na barwik żółciowy nie posiadają tej wysokiej praktycznej doniosłości, jak próby na cukier lub białko“.

Zdanie to jest wogóle rozpowszechnionem; spotykamy się często z zapatrywaniem, że w przypadkach, w których nie można stwierdzić wyraźnego żółtaczkowego zabarwienia skóry i białkówek, poszukiwania bilirubiny w moczu dają wynik ujemny, że bywają nawet przypadki wyraźnej żółtaczki (np. przypadki tak zw. żółtaczki urobilinowej), w których bilirubiny w moczu wykazać nie można. Gdyby to zapatrywanie okazało się uzasadnionem, to powyżej przytoczone słowa Penzoldta, odmawiające próbom na barwik żółciowy w moczu większej doniosłości klinicznej, odpowiadałyby w zupełności rzeczywistości. Tak jednak nie jest. Zdanie Penzoldta skłoniło mnie do bliższego zbadania tego zagadnienia; doszedłem przytem do odmiennych zapatrywań; zanim jednak przystąpię do omówienia otrzymanych wyników, chciałbym pokrótce omówić ważniejsze przynajmniej próby, służące obecnie do wykrycia bilirubiny w moczu, i opisać postępowanie, które dawało mi najpewniejsze wyniki.

Najdawniejsza i najbardziej rozpowszechniona próba Gmelina nie grzeszy bynajmniej czułością, jeżeli chodzi o wykrycie bilirubiny w moczu. Wprawdzie można zapomocą tego odczynu wykryć bilirubinę w rozcieńczeniu 1:80,000; mocz żółtaczkowy nie jest jednak czystym roztworem bilirubiny i dlatego też wykrywamy najczęściej zapomocą próby Gmelina bilirubinę w moczu dopiero wówczas, kiedy już okiem możemy stwierdzić żółtaczkowe zabarwienie białkówek i skóry chorego. Jeżeli więc chodzi o wykrycie bardzo małych ilości bilirubiny, nie można polecić tej próby.

Lepszy wynik daje już odmiana tej próby według Ultzmanna (Do kilku cm^3 zgęszczonego kwasu solnego dodaje się kroplami mocz badany aż do wystąpienia żółtego zabarwienia, poczem ostrożnie dolewa się po brzegach kieliszka lekko żółtego kwasu azotowego; odczyn występuje wówczas daleko wyraźniej). Jeszcze lepszy wynik otrzymywałem, dodając do zgęszczonego kwasu solnego, zamiast moczu, jego osad, zwłaszcza, jeżeli opadły moczany lub kwas moczowy, które porywają ze sobą dużo barwika żółci. Łatwo można się przekonać, o ile przez to próba staje się czulszą.

Również czulszą, aniżeli pierwotne postępowanie Gmelina jest próba przesączowa Rosenbacha.

Szereg dalszych prób polega na wytworzeniu się biliwerdyny. I te próby nie są zbyt czułe, z wyjątkiem tylko próby podanej przez Penzoldta. Najlepszą z nich jest próba podana przez Vitalego (ulepszona przez Masseta; do moczu dodaje się kwasu siarkowego, a następnie nieco sproszkowanego azotynu sodowego lub potasowego; w razie obecności barwika żółci występuje zabarwienie zielone).

Jak już wspomniałem, najczulszą z tego szeregu prób na barwik żółciowy w moczu jest próba Penzoldta. Mocz w razie małej ilości bilirubiny w moczu, bierze się jak największą jego ilość, przesącza się przez zwyczajny sączek, następnie suszy się sączek i polewa kilkoma cm^3 zgęszczonego kwasu octowego. W razie obecności bilirubiny, przesącz okazuje zabarwienie zielone lub żółtawo-zielone. Próba jest czuła, jeżeli jednak znajduje się w moczu dużo urobiliny obok bardzo małej ilości bilirubiny, to urobilina rozpuszczając się również w kwasie octowym (można ją w takich razach spektroskopem wykazać) może pokryć zabarwienie zielone, pochodzące od barwika żółciowego.

Wcale piękny odczyn na bilirubinę podał Ehrlich. Dla wykrycia bilirubiny w moczu poleca Ehrlich zmięszać go z jedną objętością 30$^0/_0$ kwasu octowego, a następnie dodawać kroplami roztworu kwasu diazobenzolsulfonowego (odczynnik ten sporządza się według Ehrlicha w ten sposób, iż rozpuszcza się 1 grm. kwasu sulfanilowego i 0,1 grm. azotynu sodowego w wodzie przekroplonej, dodając następnie 15 cm^3 kwasu solnego, dopełniając do litra). W razie obecności bilirubiny występuje zciemnienie moczu, a po dolaniu dużej ilości kwasu octowego występuje kolor fioletowy.

Odczyn ten, jak go podaje Ehrlich, mało jest czuły; nierównie lepszy wynik otrzymuje się, postępując w sposób następujący: Sporządza się zgęszczony roztwór kwasu sulfanilinowego (rozpuszczając kwas sulfanilowy w nadmiarze tak, aby na dnie pozostał krystaliczny osad w jednoprocentowym roztworze kwasu solnego; roztwór ten należy ochraniać od wpływu światła). Z roztworu tego sporządza się odczynnik w ten sposób, iż dodaje się do 4 cm^3 owego roztworu, 0,5—1,0 cm^3 roztworu 0,5$^0/_0$ azotynu sodowego *(Natrium nitrosum)*, a następnie dolewa się do tego jeszcze 45 cm^3 wody przekroplonej, rozcieńczając go w ten sposób 10 razy. (Odczynnika tego przechować nie można, należy go więc zawsze świeżo sporządzić). Do kilku cm^3 tego roztworu w probówce lub w kieliszku dolewa się następnie $^1/_3$—1 objętość badanego moczu. Jeżeli mocz zawiera bilirubinę występuje wyraźna zmiana barwy na piękną pomarańczowo-czerwoną. (Dobrze jest, zwłaszcza, jeżeli ilość bilirubiny jest mała, czekać kilka minut, gdyż w takim razie odczyn po pewnym czasie wyraźniej występuje). Barwa pomarańczowo czerwona przechodzi za dolaniem kilku kropel kwasu solnego w piękny i wyraźny fioletowy kolor. (Najlepiej dolać kwas solny powoli, aby wytworzyły się dwie warstwy: dolna fioletowa, odbijająca od górnej pomarańczowo-czerwonej). Zaleta tej modyfikacyi odczynu Ehrlicha, którą posługuję się od dłuższego już czasu, polega po pierwsze na większej czułości odczynu, a powtóre na wyraźniejszym kontraście i większej czystości występujących kolorów.

Niedawno podał prof. A. Gluziński (Przegląd lekarski, Nr. 52, r. 1897) nowy odczynnik na bilirubinę, polecając próbę tę, jako czułą, do użytku klinicznego w celu wykrycia barwika żółci w moczu. Polega ona na tem, że roztwór bilirubiny, gotowany przez 3—4 minut z aldehydem mrówkowym (formaliną) zmienia swą barwę na zieloną, która następnie za dolaniem kilku kropel jakiegoś kwasu mineralnego (najlepiej kwasu solnego) przechodzi w ametystowo-fioletową.

Autor uważa barwik zielony, powstały przez zagotowanie roztworu bilirubiny z formaldehydem za produkt redukcyi bilirubiny. Doszedłem jednak, zajmując się tym odczynem do odmiennego poglądu i postaram się zapatrywanie moje uzasadnić.

Na wstępie zaraz uderzyło mnie podobieństwo, a nawet brak wszelkich różnic w zachowaniu się tego zielonego barwika, powstałego według zdania autora wskutek redukcyi, z innym wytworem bilirubiny, a mianowicie z bilicyaniną.

Bilicyanina, jak wiadomo, istnieje w dwóch odmianach: w odmianie pięknie szmaragdowo-zielonej (zwłaszcza, jeżeli ją otrzymaliśmy zapomocą chlorku cynku w rozczynie alkalicznym), która za dodaniem jakiegoś kwasu mineralnego (najlepiej kwasu solnego) przechodzi w odmianę niebieską wzgl. fioletowo-niebieską; kolor ten zawisł przedewszystkiem od stopnia utlenienia barwika, gdyż substancya, określona mianem bilicyaniny, nie jest ciałem zupełnie jednolitem, „osobnikiem chemicznym“, i w swych własnościach nieodmiennie określonem, lecz odpowiada ona pewnemu okresowi odczynu Gmelina, czyli utlenienia bilirubiny, o pewnej szerokości granic; im późniejszy okres odczynu Gmelina, tem więcej kolor zbliżać się będzie do fioletowego (pojawia się wówczas obok smug α i β przy D, charakteryzujących bilicyaninę jeszcze smuga γ między b a F, którą przeważnie uważają za należącą do ostatniego wytworu utlenienia bilirubiny, tj. do choleteliny, tak iż wobec tego kolor fioletowy wzgl. ametystowo-fioletowy powstałby wskutek domieszki choleteliny), podczas gdy kolor odmiany alkalicznej, zwłaszcza po dodaniu chlorku cynku jest prawie ten sam t. j. szmaragdowo-zielony; różnice zaś w utlenieniu ujawnią się dopiero po dolaniu kwasu solnego w wystąpieniu koloru, odpowiednio do okresu odczynu, niebieskiego, lub mniej lub więcej ametystowo-fioletowego. Obie te odmiany bilicyaniny posiadają znamienne widmo (zielona odmiana znamionuje się smugą α, opierającą się lewym brzegiem o linię Fraunhoferowską C. i β. przeciętą przez D.; niebieska wzgl. fioletowa smugą α przed D i smugą β za D.; smuga α szczególniej w odmianie zielonej jest wybitniejszą od β.; smuga γ jak wyżej wspomniałem, jest sporną).

Otóż zawsze w chwili, gdy rozczyn bilirubiny (lub rozczyn świeżej żółci albo mocz żółtaczkowy) przybierze pod wpływem gotowania z formaldehydem opisany przez prof. Gluzińskiego kolor czysto szmaragdowo-zielony, możemy, badając płyn zielony w dostatecznie grubej warstwie zapomocą przyrządu spektralnego, stwierdzić z wszelką pewnością smugi zielonej odmiany bilicyaniny, po dodaniu zaś kwasu solnego płyn ametystowo-fioletowy okaże obie, źle odgraniczone, smugi bilicyaniny kwaśnej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przypadek wągra w ciałku szklanem.

Podał
Dr. Teodor Bałłaban,
okulista we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

Przeszukując najbliżej nas obchodzącą literaturę polską, z niemałem zdziwieniem spostrzegłem, że jest ona przytaczana już w r. 1667 przez Rhodiusa i Schulzego, o czem wspomina Dr. Gescheidt w rozprawie swej pod tytułem: „Die Entozoen des Auges“ w „Ammons Zeitschrift für Ophtalmologie, Band III. Heft 4“. Ponieważ opisany tam przypadek jest najprawdopodobniej w ogóle pierwszym przypadkiem wągra spostrzeganego w oku i pewnie mało znanym, pozwolę sobie więc dosłownie go przytoczyć. A mianowicie wspomniano, „dass ein gewisser Caspar Wendtland in Polen einem Bauernknaben einen weissen Wurm aus dem Augenlide gezogen habe, der von der Grösse einer Raupe war, eine etwas härtliche Haut hatte und während der vier Tage, welche er nach der Ausziehung lebte, zwei süsse Mandeln verzehrte. Um das Auge des Knaben war eine bedeutende rothe Geschwulst, die Augenlider waren geschlossen und der Schmerz heftig, nachdem aber der Wurm ausgezogen war, floss aus der Öffnung, in welcher er zum Vorschein gekommen war, weder Eiter noch Blut nach, und der Knabe befand sich vollkommen wohl. Der todte Wurm nahm eine röthliche Farbe an, ähnlich der von Mandelschalen“.

W nowszej literaturze polskiej spotykamy się w roku 1867 z pierwszym przypadkiem wągra w ciałku szklanem, który został rozpoznany wziernikiem przez Szokalskiego. Drugi przypadek (pod siatkówką) opisał Jodko w r. 1868. W r. 1871 opisał Talko wągra w ciałku szklanem, Rydel widział wągra w gałce wyłuszczonej. Dalsze przypadki ogłaszano w następującym porządku: W roku 1873 Kośmiński (w ciałku szklanem), w r. 1875 Talko (pod spojówką), w r. 1876 Kilarski (również pod spojówką), w roku 1877 Jodko (w przedniej komórce), w r. 1880 Przybylski (pod spojówką). W roku 1882 opisał Kamocki dwa przypadki wągra śródocznego, a w r. 1893 ogłosił dwa nowe przypadki wągra, z których jeden znajdował się pod siatkówką, a drugi w ciałku szklanem; podaje on bardzo dokładny opis anatomo-patologiczny obu przypadków. W roku 1890 opisał Sroczyński w Krakowie dwie ekstrakcye wągra z pod siatkówki, wreszcie w r. 1895 ogłosił Talko spostrzeżenie wągra pod spojówką a Szulisławski przedstawił w lwowskiem towarzystwie lekarskiem przypadek wągra w ciałku szklanem.

Z tego zestawienia widzimy, że największa ilość przypadków opisanych przez polskich autorów przypada na Królestwo Polskie, podczas gdy w Galicyi widziano wszystkiego 5 przypadków. Z osobistej rozmowy z kolegą Kamockim dowiedziałem się, że w Warszawie nie należy wągr do wielkich rzadkości, gdyż sam kolega Kamocki miał sposobność widzieć około 15 przypadków, a w ubiegłym roku widział dwa nowe, z których w jednym wągr usadowił się pod spojówką, w drugim w oczodole. Niedawno pokazywał kolega Ziemiński w Warszawie na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wyjątkowo piękny okaz wągra pod siatkówką.

Z krótkiego przeglądu dotychczasowych prac, tyczących się wągra śródocznego w oku ludzkiem, wynika, że spotykano go we wszystkich częściach oka. Z dostępnej mi literatury zestawiłem, jak to powyżej wspomniałem 324 przypadków, ogłoszonych w różnych krajach. Z tego zestawienia wynika, że w największej części przypadków, gdyż w przeszło połowie wszystkich spostrzeżeń, usadawiał się pasorzyt w ciałku szklanem. Liczby przypadków wągra pod siatkówką i pod spojówką są sobie prawie równe. Najwięcej przypadków wągra pod spojówką ogłosili Niemcy, we Francyi są one daleko rzadsze. Fieuzal widział na 18.000 chorych tylko 2 przypadki.

W przedniej komórce jest wągr śródoczny jeszcze rzadszym. Kries widział w klinice w Halle na 60.000 chorych tylko 2 przypadki wągra w przedniej komórce.

W innych częściach oka, jak i w tkankach otaczających oko jest wągr bardzo rzadkiem zjawiskiem. I tak od przypadku Bowmana w roku 1852 aż do ostatnich czasów (Badal, Lecomte, oba w r. 1895), ogłoszono ogółem 7 przypadków wągra w oczodole. 3 razy siedziba wągra była tęczówka (Evers, Regnolds i Grossmann) tyleż razy pod skórą powieki (Hirschberg, Gros, Masselon) a również 3 razy pod torebką Tenona, (Meyer, Sgrosso, de Vincentiis). Zupełnie odosobnionym jest przypadek wągra pod naczyniówką (Evers) a jako prawdziwe unicum należy w końcu przytoczyć przypadek Appii z r. 1853, w którym wągr usadowił się w samej tkance rogówki.

Wynika więc z tego zestawienia, że siedzibą wągra śródocznego było: *(patrz tablicę na następnej stronie)*.

Chociaż tablica ta wykazuje może tu i owdzie pewne braki, to przecież może ona w całości wzięta, służyć do zoryentowania się co do siedziby wągra w rozmaitych częściach oka, jako też co do liczby przypadków, spostrzega-

Siedziba wągra	Niemcy	Francya	Włochy	Anglia	Ameryka	Rosya	Polska	Austrya	Węgry	Hiszpania	Portugalia	Skandynawia	Belgia	Holandya	Szwajcarya	
Ciałko szklane . . .	102	9	7	5	9	8	8	8	2	3	5	1	2	—	1	170
Pod siatkówką . . .	22	2	8	—	1	3	4	12	2	—	—	1	—	—	—	55
Pod spojówką	19	7	6	1	1	2	4	9	2	1	—	—	—	1	—	53
Pod naczyniówką . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Przednia komora . .	11	—	—	4	—	1	1	5	—	—	—	—	—	—	—	22
Tęczówka	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Rogówka	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Oczodół	3	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
Torebka Tenona . . .	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Pod powieką	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Cysticercus duplex . .	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	3
Cyssticercus triplex . .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
W obu oczach . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	162	23	25	13	12	14	17	36	6	4	5	2	3	1	1	324

nych w poszczególnych krajach. Z nagromadzonego materyału wynika, że prawie wszystkie części oka mogą być siedzibą pasorzyta. Ze względu zaś na częstość pojawiania się wągra widzimy, że Niemcy odgrywają pierwszą rolę, gdyż liczba przypadków, ogłoszonych w Niemczech, przewyższa razem wziętą liczbę spostrzeżeń we wszystkich innych krajach. Rzeczą zupełnie dla nas niespodziewaną jest to, że Austrya tuż po Niemczech może wykazać się największą ilością ogłoszonych przypadków.

Chociaż dochodzenia Hirschberga pouczyły nas, że u zwierząt a szczególnie u świń może w tem samem oku znajdować się kilka, nawet do tuzina wągrów, to przeciwnie u ludzi należą te przypadki, w których w jednem oku znachodzi się więcej niż jeden wągr, do największych rzadkości. W całej dotychczasowej literaturze znane są ogółem 3 przypadki, w których znaleziono w jednem oku po dwa wągry. Taki *„Cysticercus duplex“* opisuje pierwszy Otto Becker w Austryi w r. 1867. W r. 1892 ogłosił Alfred Graefe w Niemczech drugi, a w roku 1899 opisał Pergens w Brukseli trzeci i ostatni taki przypadek. Prócz tych 3 *in vivo* widzianych przypadków znaleziono *Cysticercus duplex* w 2-ch przypadkach przy sekcyi, (Graefe i Cohn). Jako dotychczas niebywałą rzadkość należy przytoczyć jedyny w swoim rodzaju przypadek: *„Cysticercus triplex“* w ludzkiem oku, spostrzegany i opisany przez Schöbla z Pragi w r. 1893.

Nie mniejszą rzadkością są przypadki wągra, istniejącego u tego samego osobnika równocześnie w obu oczach. Taki przypadek, w którym zauważono wągra naprzód w oku lewem, wkrótce zaś potem i w oku prawem, opisał Berger w r. 1877.

Dla dokładności należy jeszcze wspomnieć o tak zwanym *„Cysticercus plurivesicularis“* jak go Zenker opisuje. Taki podwójnie otorbiony wągr (przyczem chodziło o dwa szaro-białe pęcherze wielkości soczewicy, usadowione w tęczówce), opisał Evers w r. 1872. Podobny przypadek ogłosił De Vincentiis w roku 1896, w przypadku tym pasorzyt siedział przed siatkówką; na samym pęcherzu w miejscu głowy i szyjki przyczepiał się na cieniutkiej szypułce drugi mały pęcherzyk.

Wszystkie dotychczas wymienione prace odnoszą się do zupełnie rozwiniętych wągrów. O ile mi wiadomo znamy tylko cztery takie przypadki, w których powiodło się spostrzegać pasorzyta we wczesnym okresie jego rozwoju. I tak mieli go sposobność widzieć: Evers w 3-cim dniu, Salzmann w 4-tym, Lutkewitsch w 7-mym, a Zirn w 9-tym dniu rozwoju.

Nader zajmującem jest wytłumaczenie powstawania robaków w głębi oka z czasów przedwziernikowych, jakie podaje Dr. Anton Gescheidt w już wspomnianem dziele: „Im Auge soll Urstoff oder Urschleim in der verschiedensten Weise modifizirt, als humor aquaeus, als Linsenstoff, als Glaskörpermasse u. s. w. verblieben sein. Ist das Auge vollkommen unversehrt, durchdringt das demselben innewohnende Wirken alle seine Theile gleichmässig, so kann die Wurmerzeugung in diesem Organe nicht vor sich gehen. Ist aber ein Theil der durch modifizirten Urschleim entstandenen Substanzen durch krankhafte Processe dem Wirkungskreise des ihm innewohnenden organischen Wirkens entzogen und unter den uns unbekannten Verhältnissen animalisirt, so sind die Bedingungen für die Zoogenese gegeben“.

Dziś znamy aż nadto dobrze sposób rozwoju wągra w oku ludzkiem. A mianowicie wiemy, że 6-cio-haczykowy zarodek tasiemca (*taenia solium*), porwany w obieg krwi, może przypadkiem dostać się do mózgu lub oka tego osobnika, w którym się rozwinął.

Odpowiednio do tego dostaje się on do naczyń siatkówki i usadawia się naprzód pod siatkówką. Osłabienie wzroku zależy wówczas wprost od siedziby wągra. Im bardziej obwodowo on się usadowił, tem dłużej może utrzymać się względnie dobra bystrość wzroku, pomijając oczywiście odpowiednie ścieśnienie pola widzenia. Przy środkowem usadowieniu się wągra pod siatkówką występuje zawsze ciemna plama w środku pola widzenia *(scotoma centrale)*, która jak to rozumie się samo przez się, zwiększa się odpowiednio do tego, o ile siatkówka odrywa się z tyłu przez ucisk wągra. W tych razach pogarsza się także bystrość wzroku zawsze wskutek powikłania mętami ciałka szklanego. Dalsze następstwa wągra pod siatkówką są te same, jak przy usadowieniu się jego w ciałku szklanem, dokad dostaje się on bardzo łatwo, gdyż siatkówka i tak już silnie napięta i oderwana, przedziera się z łatwością przy jakimkolwiek silniejszym ruchu. W ciałku szklanem może wągr albo swobodnie się poruszać, co się zdarza szczególniej w początkach, lub też jest on za pomocą włókien tkanki łącznej silniej lub słabiej przyczepiony do siatkówki. Dostawszy się raz do ciałka szklanego działa w nim wągr oczywiście tak, jak każde obce ciało a dłuższy jego pobyt w oku wywołuje zawsze ciężkie następstwa. I tak w ciałku szklanem tworzą się liczne męty, które w kształcie płatów i błon mogą tak wypełnić całe ciałko szklane, że nie podobna dostrzedz wziernikiem dna oka. Jako stały objaw, nawet w tych przypadkach, w których wągra pierwotnie nie dostrzeżono pod siatkówką, występuje zawsze oderwanie siatkówki. Jak to już wyżej wspomniałem, powstaje ono przez to, że wągr, znajdujący się pod siatkówką, napiera na nią, a gdy już prze-

bił się do ciałka szklanego, wówczas częściowe oderwanie siatkówki, powstałe przez ucisk, staje się często zupełnem, gdyż nowo tworząca się tkanka łączna pociąga za sobą także siatkówkę.

O zmianach anatomo-patologicznych, które są wynikiem przebywania wągra w oku, pouczył nas szczególnie Wagenmann i Leber. Wedle badań tych autorów zmiany zapalne, wywołane przez wągra śródocznego, nie powstają przez następowe zakażenie drobnoustrojami, lecz przez bezpośrednie podrażnienie, które wywiera pasorzyt, przyczem jest rzeczą zupełnie obojętną, czy wągr w oku żyje lub też nie. Jako dowód na to przytacza Leber tę okoliczność, że wągr włożony zaraz po wyjęciu z oka do rurki z żelatyną, nie wywołuje w niej zmącenia a zatem pozostaje zupełnie jałowym.

Temu zapatrywaniu odpowiada również w zupełności doświadczenie kliniczne, że w zapaleniach oka, wywołanych przez wągra, nie występuje nigdy współczulne zapalenie drugiego oka. I tak opisano przypadki, w których wągr śródoczny przez długi czas w oku przebywał, nie wywołując ani śladu współczulnego zadrażnienia w drugiem oku. Pincus wspomina o przypadku, w którym przez lat 14 istniał wągr śródoczny, a drugie oko nic przez to nie ucierpiało. Cheatam opisuje inny przypadek, w którym wągr leżący w ciałku szklanem, w okolicy żółtej plamki ośleplego oka, przez lat 27 nie wywoływał żadnych zmian w drugiem oku. Mimo to wągr nie jest w oku ciałem obojetnem, gdyż w krótszym lub dłuższym czasie sprowadza ślepotę. Opisany przez Tealego[1]) przypadek, w którym wągr miał przebywać w oku przez 2 lata, nie sprawiając żadnego znaczniejszego upośledzenia wzroku, należy w każdym razie uważać za wyjątkowy.

Z tego powodu nie należy długo zwlekać z leczeniem, tem bardziej, że im wcześniej się je przedsiębierze, tem pewniejszym jest wynik. Leczenie to może polegać jedynie na usunięciu pasorzyta z oka. Rozumie się, że z pod spojówki bardzo łatwo usunąć wągra, gdyż wystarczy naciąć wydętą bańkę a wągr z łatwością się wysuwa. Tak samo i usunięcie wągra z przedniej komory nie przedstawia żadnych trudności. Wystarcza tu zwyczajne nakłócie *(punctio)* przedniej komory, połączone w danym razie z wycięciem tęczówki, jeśli pasorzyt jest do niej przyczepiony. Nie tak łatwo usunąć wągra z głębszych i najgłębszych części oka. W tym celu należało wytworzyć odrębne sposoby operowania. I tak pierwszy v. Graefe w r. 1857 wydobył wągra z ciałka szklanego zapomocą cięcia rogówkowo-twardówkowego *(Corneoscleral-Schnitt)*. W r. 1867 wyjął Arlt pierwszy raz w Austryi wągra z głębi oka za pomocą swego południkowego cięcia twardówki *(Meridional-Schnitt)*. A przecież mimo tych wykonanych już operacyj nie chciał Desmarres sen. we Francyi operować jeszcze w r. 1875 i wolał raczej próbować różnych środków w celu zabicia wągra, niż go usunąć, pomimo że już w owym czasie, dzięki wyczerpującym pracom v. Graefego i Hirschberga aż nadto dobrze wiedziano o niebezpieczeństwie, jakie wywołuje pozostawanie pasorzyta w oku, choćby on już nawet obumarł. Wstręt Desmarresa do operacyi da się może tem wytłumaczyć, że wogóle we Francyi zaczęto tego rodzaju cierpienia operować znacznie później, i tak pierwsze wyjęcie wągra z oka we Francyi przypada dopiero na rok 1871 (Sichel fils) drugie zaś na rok 1876 (Wecker).

W ogólności można powiedzieć, że wycięcie wągra z ciałka szklanego lub z pod siatkówki za pomocą cięcia twardówkowego, wykonane w odpowiednim czasie, należy uważać za zbawienną operacyę, dzięki której daje się utrzymać kształt gałki ocznej a niejednokrotnie nawet pewna bystrość wzroku.

Od czasu pierwszych prób operacyjnych wyjęcia wągra, wykonanych przez v. Graefego w r. 1857, przedsiębrano podobne operacye bardzo często. Sam Graefe mógł już w r. 1868 opisać przeszło 20 przypadków wyjęcia wągra z głębi oka. Największe jednak doświadczenie ma w tym kierunku Alfred Graefe, który n. p. od stycznia 1877 r. do końca lipca 1885 wykonał 45 ekstrakcyi wągra z 67% wyleczenia, to znaczy, że operacya powiodła się 30 razy na 45 operowanych przypadków. Te znakomite wyniki operacyjne przemawiają bądź co bądź same przez się za operacyjnem leczeniem wągra, zwłaszcza zważywszy smutne następstwa, jakim ulega chore oko, jeżeli wyjęcie wągra nie nastąpi w odpowiednim czasie. Wtedy bowiem nie pozostaje nic innego, jak wyjęcie bolesnego oślepłego oka.

Z tego powodu zaproponowałem także i mojej chorej operacyę, przedstawiając jej, że bez operacyi oko stanowczo będzie straconem. Ponieważ wągr w tym przypadku obumarł i przy spokojnem zachowaniu się chorej znajdował się w opisanem powyżej położeniu, to jest na zewnątrz i ku dołowi, przeto powodzenie operacyi było przez to w wysokim stopniu zapewnione. Chora jednak nie zgodziła się na zabieg i więcej jej nie widziałem.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Josef v. Drozda: **Grundzuge einer rationellen Phthiseotherapie.** (Heilung der Tuberculose).

Gdy dotychczasowe poszukiwania za środkiem swoistym, leczącym gruźlicę, zawiodły, wracamy do jej leczenia przypadowego, a zarazem opartego na zasadzie wspierania ustroju w walce z prątkami gruźliczymi. Że idąc tą drogą osiąga się nieraz istotnie wyleczenie, o tem wie każdy, nawet mniej z przedmiotem obeznany lekarz; że jednak znalazły się sposoby, zapomocą których w każdym przypadku można wyleczyć gruźlicę, o tem dowie się dopiero z rozprawki Dra Drozdy. Cała praca Dra Drozdy jest istotnie zestawieniem najoptymistyczniejszych zapatrywań na środki, którymi zwalczać możemy gruźlicę, jest zbiorem pobożnych życzeń naszych w sprawie jej leczenia, choć doświadczenie uczy, że te rzadko się urzeczywistniają. Nie to jednak byłoby głównym błędem tej pracy: znajdujemy w niej i twierdzenia sprzeciwiające się wprost temu, o czem nas codzienne spostrzeżenia kliniczne i badania anatomopatologiczne pouczają, a odnoszą się one nie do wskazówek leczniczych, z których niektóre zresztą są bardzo słuszne, lecz do spostrzegania zmian w płucach, wrzekomo zupełne wyleczenie poprzedzających. Przejdźmy pokrótce główne punkty, zapomocą których autor „niezawodnie zwalcza gruźlicę:

1) By zwalczać działanie toksyn, powstałych w ustroju, radzi D. podawać spore ilości płynów szczególnie rano, gdy po śnie większa ich (toksyn) ilość w ustroju się nagromadziła, a to by je odprowadzić przez zwiększone przesączanie w nerkach. Praca mięśni również korzystnie działa, bo kwasy, powstałe w mięśniach, łączą się z toksynami w związki chemiczne i czynią je nieszkodliwemi. Przez wzmożone doprowadzenie powietrza do dróg oddechowych zwiększamy utlenianie w ustroju, a więc i utlenianie toksyn. W tym samym celu radzi D. starać się o powiększanie wymiany gazów przez skórę (Hautathmung), co najskuteczniej się osiąga przez 2 do 3-krotne zmywanie skóry chłodną wodą i przez działanie światła słonecznego na skórę. Odżywiać chorego powinno się jak najlepiej; chorzy jednak zazwyczaj chętniej przyjmują pokarmy płynne i chłodne, niż stałe i ciepłe; a zatem dyeta powinna być przystósowana do tych wskazówek. Przytem powinno się bacznie zwracać uwagę na regularne wypróżnienia, szczególnie przed nocą, dla zapewnienia spokojnego snu choremu. Jeżeli chory ma gorączkę, należy ją zwalczać zmywaniami i letniemi kąpielami.

2) Należy starać się o zmniejszanie jadowitości prątków gruźliczych w ustroju. Do tego celu zaś prowadzi oddechanie powietrzem rozcieńczonem (klimat górski) i zgęszczonem,

[1]) Teale Ophtalmie Hosp. Rep. Bd. V. p. 310.

które w przyrodzie powstaje podczas wiatrów, byle tylko nie było pyłu w powietrzu.

Światło słoneczne wstrzymuje wzrost prątków gruźliczych, nie może ono wprawdzie działać na prątki, usadowione w płucach, ma jednak znaczenie dla gruczołów powierzchownych. Leki na prątki nie działają; sól kuchenna jest z nich najlepszą; autor widział po zażywaniu jej dobre skutki, treść jam staje się płynniejszą i zawiera dużo soli, gruczoły maleją. Na tej własności soli polega korzystne działanie solanek.

3) Należy starać się o wzmocnienie schorzałych narządów i rozwiotczanie zbitych nacieków. Do tego celu zaś służy wszystko, co powiększa dopływ krwi do płuc, a więc metodyczne chodzenie po górach i metodyczny śpiew. Autor twierdzi, że nawet wrzody gruźlicze krtani, ani krwioplucie, nie są przeciwwskazaniem dla śpiewu, owszem przez powolne wzmacnianie naczyń, drogą śpiewu, zapobiega się krwotokom. (Czy na to zgodzą się wszyscy klinicyści, wątpię. *Ref.).*

(Już co do samej drugiej części starania, wyrażonego przez autora w tym rozdziale, to sądzę, że raczej chodziłoby o zorganizowanie nacieków nie o ich rozmiękczanie, czyli rozpad, za którem idzie powstawanie jam. Wszak codzienne doświadczenie sekcyjne uczy, że wyleczone jakąkolwiek drogą ogniska gruźlicze przedstawiają się pod postacią blizny lub zwapnienia).

4) Aby wydalić rozmiękłe masy z płuc, należy pobudzać kaszel; w tym celu należy wykonywać silne wydechy, uciskając tchawicę, przy tem chory powinien głowę przechylić w stronę przeciwną niż ta, z której ma wykrztuszać i brodę oprzeć o piersi. To trzeba systematycznie i długo powtarzać, aż wszystko chorobowe odejdzie. Wówczas, w miejscu stłumienia, występuje odgłos bębenkowy, a potem jawny; szmery oskrzelowe ustępują miejsca nieoznaczonym z rzężeniami drobnemi, potem grubemi, których dźwięczność staje się coraz mniejsza, aż znikną i występuje wdech pęcherzykowy. Wszystko to jednak dzieje się bardzo powoli.

(Zdaniem więc autora zmiany chorobowe ustępują bez śladu, bez blizn, chociaż przedtem, sądząc z opisanych objawów, wytworzyła się jama; czy się to zgadza z wynikami badań klinicznych i sekcyjnych?)

Godnem uwagi ma być zachowanie się ognisk gruźliczych, przy następowem wtargnięciu prątków grypowych (influencowych). Z początku do zbitych mas gruźliczych dostać się one nie mogą; dopiero, gdy po zastósowaniu przepisów autora masy te zaczynają rozmiękać, dostają się prątki grypowe do nich i wyjątkowo korzystnie wpływają na ich rozmiękanie. Prątki grypowe są więc, zdaniem autora, antagonistami gruźliczych i bardzo pomagają do wyleczenia gruźlicy. Tylko tam stan się pogarsza, gdzie nie zastósowano przepisów, mających na celu obfite wykrztuszanie.

(Ta obserwacya powinna była skłonić autora do szczepienia grypy chorym gruźliczym. Korzystne wyniki leczenia, tą drogą osiągnięte, powinnyby nas wprawić w zdumienie, nas, którzy dotąd uważaliśmy grypę za jedną z tych chorób, które szczególnie pogarszają stan chorych, cierpiących na gruźlicę płuc. Że grypa u chorych gruźliczych przyśpiesza często rozpad nacieków, to fakt, który każdy z klinicystów niejednokrotnie spostrzegał, bez radości jednak, jak zresztą w każdym przypadku pojawiającego się rozpadu nacieków gruźliczych).

5) By wreszcie uczynić nieszkodliwymi prątki gruźlicze, które się dostały do naczyń chłonnych, radzi autor dbać o energiczne krążenie chłoni (limfy), a tu dobrze służą odpowiednie ruchy umięśnienia i zimne zmywania, jak niemniej dowóz dużych ilości soli kuchennej do ustroju, o czem już na innem miejscu była mowa.

W streszczeniu powyższej pracy ograniczyłem się oczywiście do podania najważniejszych wskazówek, które wytrwale i długo radzi autor stosować dla wyleczenia gruźlicy płuc. Czy je zawsze i u każdego zastósować można i czy, stosując je w każdym przypadku korzystny osiągniemy skutek, to chyba rzecz co najmniej wątpliwa. *Dr. Różecki.*

Prof. Eulenburg i Prof. Samuel: **Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik.** Lipsk i Wiedeń. Nakład Urbana & Schwarzenberga. Zeszyt I & II.

Wśród powodzi nowych środków i nowych sposobów leczenia coraz trudniej znaleść ogólną linię wytyczną dla wyrozumowanego i na ściśle naukowych podstawach opartego postępowania przy łożu chorego, coraz łatwiej zaś dać unieść się fali modnych lekarstw i grubej empiryi. Od kilkunastu lat nie braknie też usiłowań podniesienia leczenia do wysokości ściśłego działu nauki i pojawiają się dzieła, poświęcone wyłącznie „ogólnej terapii". Wobec olbrzymiego rozrostu wszystkich gałęzi medycyny zadaniu temu nie mogłaby chyba należycie sprostać jednostka; tem pożądańszem zjawiskiem jest dzieło zbiorowe, zwłaszcza, że wydają je takie powagi, jak Eulenburg i Samuel, i że wśród współpracowników znajdują się nazwiska Behringa, Hoffy, Kischa, Littena. Unny, Winternitza i t. d. Wydawcy pragną położyć szczególny nacisk na leczenie dyetetyczne i mechaniczne, z którem młodzi lekarze zbyt mało mają sposobności w czasie nauki się obeznać, a zarazem zapewniają, że dzieło nie będzie wkraczać w granice „terapii szczegółowej", mającej inne zadania. Pierwsze dwa zeszyty obejmują pracę Samuela o historyi terapii i zapobieganiu chorobom. Całe dzieło ma wyjść w 3 tomach i wyniesie około 40 arkuszy druku po cenie 90 ct. za poszyt 4 arkuszowy. *Z.*

V. Wyciągi.

Knauer: **O cierpieniach umysłowych połogowych.** *(Puerperalpsychosen)* Berlin. 1897. Nakład S. Kargera. Autor, kierownik prywatnego zakładu dla obłąkanych w Görlitz, pragnął pracą swoją zachęcić ogół lekarski do ściślejszych badań nad przyczynami połogowych cierpień umysłowych. Dawny ich podział na cierpienia umysłowe w ciąży, w okresie połogowym właściwym i w okresie karmienia, obecnie się przestarzał, a chcąc odpowiedzieć dzisiejszym postępom nauki, należy zdaniem autora, podzielić choroby umysłowe, wiążące się z porodem, na psychozy: 1) zakaźne, wywołane bezpośrednio przez zakażenia połogowe; 2) samoistne — (bez widocznej przyczyny), 3) z zatrucia po drgawkach (eklampsyi). Wśród 660 obłąkanych kobiet spostrzegał autor 82 przypadki psychoz połogowych; z tego 9 należało do pierwszej, 2 do trzeciej gromady, reszta przypada na psychozy „samoistne". Przebieg wszystkich tych zaburzeń umysłowych odpowiada rozmaitym postaciom klinicznym; najczęstszą stosunkowo jest zaduma, połączona przeważnie w dalszym przebiegu z okresami podniecenia, a niekiedy przybierająca później cechy pomięszania ogólnego (paranoïa) z atypowym przebiegiem; zresztą zdarza się ostry obłęd z omamami (acute hallucinatorische Verwirrtheit), najrzadszymi zaś są, według autora, a wbrew zdaniu większości badaczy, przypadki rozpoczynające się podnieceniem maniakalnem. Przyczyny psychoz „samoistnych" są wogóle ciemne; zdaje się, że sprawa porodowa ma najczęściej znaczenie czynnika wywołującego przy istniejącem już dawniej usposobieniu (dziedziczne wpływy wykazano w $^2/_3$ przypadków); pewną rolę zdaje się odgrywać wiek, mianowicie najliczniejsze przypadki zdarzają się w wieku 20—30 lat; zgodnie też z tem największa część zachorzeń odnosi się do pierwiastek. Autor kładzie wielki nacisk na rozmaite wpływy szkodliwe, polegające na błędach w nowoczesnem wychowaniu kobiet, na przeciążenie pracą szkolną i t. d., które działały osłabiająco na umysł jego chorych, rekrutujących się wyłącznie z warstw zamożniejszych. Rokowanie jest we wszystkich postaciach psychoz połogowych nienajgorsze; około $^2/_3$ chorych wyszło z zakładu z wyleczeniem lub polepszeniem. Historye chorób, przytoczone przez autora, mogą lekarzowi praktycznemu dostarczyć niejednej pouczającej wskazówki. *X.*

Schwartz: **O komorkach zwojowych w sercach zwierząt ssących.** *(Deutsche med. Woch.*, 1898, Nr. 30). Badania S. mają o tyle znaczenie, że niejednokrotnie już odnoszono przyczynę pewnych cierpień serca do zmian znajdujących się w mięśniu sercowym zwojów nerwowych. Eulenburg np. sądzi, że dusznica bolesna (angina pectoris) może być skutkiem schorzenia tych zwojów. Dotychczas jednak wszelkie badania patologiczne rozbijały się o brak dokładnych wiadomości anatomicznych w tym kierunku.

Na podstawie swych badań stwierdza S., że komórki zwojowe znajdują się w mięśniu sercowym ssaków tylko w pewnej ograniczonej przestrzeni, a mianowicie na tylnej powierzchni przedsionków, pomiędzy tylnymi końcami uszek sercowych więcej ku stronie lewej, aż do rowka wieńcowego poprzecznego, idąc ku dołowi, i leżą pod przysierdziem (epicardium). Oprócz komórek zwojowych znajdują się na powierzchni serca wzdłuż nerwów i naczyń i w samym mięśniu sercowym obficie komórki tuczne. Prawdziwych komórek zwojowych niema nigdzie w głębi mięśnia sercowego, ani na powierzchni komórek sercowych. X.

Adolf Kofenol: **Przypadek syryngomyelii, powikłanej obustronnem odłamaniem główki kości ramieniowej i jej wessaniem.** *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1898, Nr. 13). Chora lat 54 licząca, doznała w szóstym roku życia silnego obrażenia ciała; w roku 20 straciła końce prawie wszystkich palców, wskutek ropienia. W r. 23 przy wyżymaniu bielizny, poczuła trzask w barku prawym, poczem nie mogła kończyny podnieść ku górze. Bólów żadnych przytem nie doznawała. Po pewnym czasie kończyna zaczęła puchnąć i chora zaczęła doznawać nieprawidłowego uczucia. Później wystąpiły takie same objawy i na kończynie lewej. Ostatecznie opuchnięcie kończyn zmniejszyło się trochę, zostały one jednak grubsze. Chora, pomimo tych zmian, pracowała dalej i dopiero od paru lat zaczęła tracić siłę w rękach, a obecnie nie może się nawet sama karmić. Badanie kośćca wykazuje skrzywienie kręgosłupa prawostronne boczne, prócz tego brak główki kości ramieniowej po jednej i drugiej stronie. Mięśnie, otaczające staw barkowy po jednej i drugiej stronie, zanikłe. Zaburzenia w czuciu występują bardzo wybitnie w postaci zniesienia rozmaitych rodzajów czucia. Na skórze kończyn górnych widzimy świeże oparzenia i blizny, o których chora nic nie wiedziała. Fotografia promieniami Röntgena wykazała zupełny brak główki kości ramieniowej po jednej i drugiej stronie. *Dr. Zalewski.*

Doc. H. Küttner: **Niedrożność przewodu pokarmowego, wywołana przez wgłobienie uchyłku Meckela.** *(Beitr. z. klin. Chir.*, XXI, 2). Istnieją liczne spostrzeżenia, w których uchyłek M. był przyczyną niedrożności przewodu pokarmowego. Mechanizm powstawania był różnym. Raz uchyłek taki przyrosłszy np. do krezki tworzy pierścień, w którym pętle jelit się zaklinowują; kiedyindziej uchyłek, zwłaszcza rozszerzony ku końcowi, zawęźla się naokoło podstawy pętli; wreszcie opisywano przypadki takie, w których pętla pociągana przez przyrośnięty uchyłek, kątowato załamywała się, albo przezeń przerzucona, „jak plaid przez ramię“, zatracała swą drożność. Do najrzadszych przypadków należy mechanizm, spostrzegany niedawno przez autora u 49-letniej kobiety, u której uchyłek M. usadowiony 90 ctm. poniżej *plica duodeno-jejunalis*, wynicował się, jak przewrócony palec rękawiczki, do światła jelita, gdzie uległ ślimakowatemu skręceniu z powodu krótkiej, sierpowatej krezeczki. W tym razie nastąpiła śmierć z ropnego zapalenia otrzewnej.

Herman.

Chrobak: **Przypadek zwyrodnienia torbielowatego wątroby.** (*Wiener. kl. Wochenschrift*, 1898, Nr. 14). Chora, licząca lat 46, zauważyła 5 lat temu, że okolica wątroby cokolwiek więcej się wypukla niż zwykle; wkrótce pacyentka mogła w podżebrzu prawem wymacać guz, który powoli rósł ku linii środkowej ciała. Dolegliwości żadnych chora nie doznawała; żółtaczki też nie miała. Od pół roku guz zaczął się szybko powiększać tak, że wkrótce chora zaczęła doświadczać duszności. Od tego też czasu zaczęła podupadać na siłach. Badanie brzucha wykazuje: obwód przez pępek 110 cm., odległość od pępka do wyrostka mieczykowatego 19, a do spojenia łonowego 20 cm. Brzuch więcej wzdęty po stronie prawej, niż po lewej. Obmacaniem można się było przekonać, że prawie cała połowa jamy brzusznej jest zajęta przez guz, składający się z mniejszych guzów, z których jedne okazywały wybitne chełbotanie, inne były zupełnie twarde. Wolnego płynu w jamie brzusznej niestwierdzono. Na podstawie badania przypuszczano guz, wychodzący z wątroby; co do rodzaju guza, to rzecz pozostała nierozstrzygnięta. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że wątroba cała zajęta jest przez torbiele rozmaitej wielkości; w prawym płacie znajdował się jeden największy, który też wszyto do rany i otworzono; inne — pozostawiono. Pod względem anatomo-patologicznym w przypadku tym mieliśmy do czynienia z torbielowatem zwyrodnieniem wątroby, na które zwrócił uwagę Rokitański. *Dr. Zalewski.*

Sehrwald: **Obustronne porażenie w zakresie splotu barkowego wskutek ćwiczeń gimnastycznych.** *(Deuts. med. W.*, 1898, Nr. 30). Porażenia mięśnia zębatego wielkiego, aczkolwiek nie częste, zasługują jednak na uwagę ze względu na długie swe trwanie i wywołaną przez nie niezdolność do pracy. Spostrzegano je kilkakrotnie po ćwiczeniach gimnastycznych, mianowicie po unoszeniu się na drążku poziomym na rękach, jednakże mechanizm tych porażeń nie był dotychczas znany.

W przypadku S. porażenie zajmowało oprócz mięśnia zębatego wielkiego, także szereg innych mięśni, zaopatrywanych przez splot barkowy. Wszystkie te porażenia wystąpiły naraz u 22-letniego rekruta, ważącego 154 funty, po nadaremnych usiłowaniach podniesienia się na drążku poziomym w podchwycie. Rekrut ten zwisnął przy tem całym ciężarem na rękach przez pół minuty, a usiłując się podnieść, mimowolnym odruchem odchylił głowę silnie ku tyłowi. W chwilę potem pojawiły się porażenia, po których w czas jakiś rozwinęły się zaniki dotkniętych mięśni z leniwem oddziaływaniem na prąd przerywany, jednak bez wyraźnego odczynu zwyrodnienia. Porażenia ustąpiły przy odpowiedniem leczeniu (masaż, elektryczność, zimne zlewania i t. d.) po siedmiu tygodniach, w jakiś czas potem pojawiło się jeszcze przejściowe znieczulenie w zakresie n. łokciowego.

Dotknięte porażeniem były: mięśnie trójkątne (deltoidei), przez co ramię nie mogło być uniesione ani ku przodowi, ani w tył, ani na boki, dalej mięśnie zębate wielkie, zginacze przedramienia, ramieniowo-sprychowe (supin. long.), dwugłowe ramienia i ramieniowe wewnętrzne; w mniejszym stopniu były zajęte mięśnie wyprostne ręki i międzykostne wewnętrzne (niemożność zbliżenia rozstawionych palców), a dalej podgrzebieniowe (utrudnienie w skręcaniu ramienia na zewnątrz), piersiowe wielkie i nadgrzebieniowe.

W głównych rysach odpowiadał więc obraz chorobowy typowi Erba (mm. trójkątne, dwugłowe, ramieniowe wewnętrzne i ramieniowosprychowe), różnił się jednak od niego tem, że dotknięte były także mięśnie piersiowe wielkie i, co najrzadziej się zdarza, mięśnie zębate przednie wielkie, wyprostne na przedramieniu, międzykostne; w końcu niezwykłem zjawiskiem było znieczulenie w zakresie n. łokciowego.

Uszkodzeniu musiały zatem uledz następujące nerwy: pachowy i mięśniowoskórny (n. musculocutaneus), dalej sprychowy (w zakresie rozleglejszym, niż zazwyczaj, ponieważ oprócz m. ramieniowosprychowego porażone były także mm. wyprostne ręki), nadłopatkowy i obok tego piersiowy długi (n. thoracicus longus) i przedni (n. thor. anterior), wreszcie włókna czuciowe n. łokciowego i ruchowe tegoż nerwu, zdążające do mm. międzykostnych.

Czynnikiem szkodliwym w ćwiczeniu gimnastycznem, które uszkodzenia te wywołało, było bezwładne zwiśnięcie na rękach całym ciężarem ciała. Pod tym względem przypadek S. zbliża się do porażeń w zakresie splotu ramieniowego, powstających w czasie narkozy (silne odgięcie ramion

usypianego ku głowie), jakoteż u dzieci, podnoszonych lub szybko pociąganych w górę za ręce, u jeźdźców, spadających z koni i ciągniętych za rękę, wplątaną w cugle, po nadmiernem wyprostowaniu ramienia przy nastawianiu zwichnięcia w stawie barkowym, wreszcie po sztucznych porodach, w których rączki płodu są wzniesione do góry (ekstrakcya w niektórych przypadkach położeń miednicowych). Bezpośrednią przyczyną porażenia bywa w tych razach naciągnięcie, lub co prawdopodobniejsze, zgniecenie i zmiażdżenie splotu barkowego, które według jednych następuje wskutek działania główki ramienia na napinające się nad nią nerwy, według drugich przez przyciśnięcie obojczyka do wyrostków poprzecznych kręgów szyjnych, lub też, jak inni sądzą, do pierwszego żebra. Za tem ostatniem zdaniem oświadcza się także S., opierając się na najnowszych badaniach Büdingera i Krona na zwłokach a Gauppa na żywych. Stwierdzono, że słaby gimnastyk, zwisając bezwładnie na rękach, przesuwa swoje obojczyki po pierwszem żebrze ku tyłowi, przyczem obojczyk okręca się około osi swą górną krawędzią zwracając się ku tyłowi. Ciśnienie między pierwszem żebrem a obojczykiem jest wówczas bardzo znaczne (zgniata i odbarwia zakopcowy papier w doświadczeniach na zwłokach), a tem szkodliwsze, jeśli wiszący robi wysiłki uniesienia się i jeśli przez odgięcie głowy ku tyłowi napina splot barkowy. Jeżeli obojczyk jeszcze dalej końcem zewnętrznym sunie ku tyłowi, to wówczas zgniata „m. scalenus medius“ i przebiegający po nim ku m. zębatemu nerw piersiowy długi. W doświadczeniach na zwłokach przecinał przy tym ruchu obojczyk płytkę woskową, umieszczoną w miejscu przebiegu nerwu, jak nożem. Przy odgięciu głowy ku tyłowi napina się „scalenus“, a ciśnienie wzrasta tem znaczniej. Zdarzające się odosobnione porażenia m. zębatego (bez porażeń w zakresie splotu barkowego) przy ćwiczeniach na drążku należy również w ten sposób sobie tłómaczyć.

Praktyczną wskazówką, wynikającą z pracy S., jest zasada, żeby przy ćwiczeniach na drążku nie dozwalać na bezwładne zwisanie na rękach, i, co może ważniejsze, żeby wystrzegać się unoszenia dzieci za ręce lub gorszego jeszcze, huśtania ich w powietrzu w tem położeniu, co stanowi niestety jedną z nierozsądnych a dość ulubionych i u nas zabawek. *X.*

Prof. Bernhardt: **O miarowych kurczach podniebienia miękkiego** *(Deutsch. medic. Wochschr.*, 1898, Nr. 30). U 30-letniej kobiety pojawiły się od kilku tygodni miarowe (kloniczne) kurcze podniebienia miękkiego oraz obu łuków podniebiennych, tylnej ściany gardła i podstawy języka. Kurcze te powtarzają się z szybkością 100—120 na minutę w odstępach regularnych z rzadkiemi i krótkiemi przerwami. Ucisk języka wstrzymuje je, ale tylko na chwilę, poczem mimo ucisku poczynają się na nowo. Niekiedy towarzyszy im szczególny szmer, który zauważano już w przypadkach współczesnego kurczu miarowego podniebienia i „m. tensor tympani“, zaopatrywanego jak wiadomo, podobnie jak i „m. tensor veli palatini“ przez jednę z ruchowych gałązek trzeciej gałęzi n. trójdzielnego. W danym przypadku skurczów „m. tensor tympani“ niema, a szmer zależy wyłącznie od kurczu „m. tensor veli palatini“, rozwierającego ujście trąbki Eustachiusza.

Takie kurcze podniebienia spostrzegano kilkakrotnie obok współczesnych drgawek mięśni twarzy (zapewne wskutek bliskiego sąsiedztwa nerwu twarzowego z nerwem dodatkowym i błędnym, które zaopatrują resztę mięśni podniebienia). W tych przypadkach raz stwierdzono guz móżdżku, raz przebyte zapalenie opon mózgowych, a raz tętniak lewej tętnicy kręgowej. Zresztą opisano podobne zjawiska, bądź jako kurcze zwrotne, bądź jako samoistną nerwicę; najczęściej dotknięte tem rzadkiem cierpieniem osobniki należały do gromady „nerwowych“.

U chorej B. nie można jednak stwierdzić żadnych oznak cierpienia organicznego, ani też wykazać znamion histeryi lub innej nerwicy. W leczeniu podobnych przypadków odradza B. środki energiczne, ponieważ w przypadku Avelisa przecięcie „m. tensor veli palatini“ nie zapewniło trwałego wyleczenia. *X.*

VI. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka

Memoryał w sprawie zapobiegania rozszerzaniu się gruźlicy, a w szczególności za pośrednictwem mleka i mięsa zwierząt gruźliczych.

(Odczytany na posiedzeniu komisyi przemysłowo-lekarskiej Tow. lek. krak. w d. 13. VI. 1898).

Opracował

Prof. Dr. O. Bujwid.

(Ciąg dalszy).

6 Zjazd międzynarodowy weterynarzy z r. 1895 wypowiedział swe wnioski w sprawie tuberkuliny w sposób następujący[2]): 1) Tuberkulina jest bardzo cennym środkiem do rozpoznania gruźlicy i może oddać największe usługi w walce przeciw gruźlicy. Niema żadnej podstawy do obaw przed jej stósowaniem, gdyż nie oddziaływa ona zupełnie na stan już istniejącej choroby, a w żadnym razie go nie pogarsza. 2) Zjazd wypowiada życzenie, ażeby Rządy wprowadziły zastósowanie tuberkuliny do miejscowości, gdzie gruźlica panuje u bydła.

Już poprzednio za wprowadzeniem tuberkuliny u bydła oświadczył się VIII Zjazd hygienistów w Budapeszcie w następujący sposób: Tuberkulina[3]) jest cennym środkiem rozpoznawczym w gruźlicy. Rozpoznania mylne, które się przy zastosowaniu tuberkuliny wydarzają, nie mają znaczenia praktycznego. Większość członków Zjazdu nie podziela zdania Hessa z Berna, jakoby po zastosowaniu tuberkuliny występowały obostrzenia sprawy chorobowej i uważa obawy przed stósowaniem tuberkuliny za nieuzasadnione.

Bang[4]) w Kopenhadze wykonał bardzo liczne sekcye zwierząt, które wykazały typowy odczyn po tuberkulinie i stwierdził po sekcyi u 96% potwierdzający wynik, rozpoznany za życia.

Nocard twierdzi na zasadzie 192 sekcyj wykonanych w różnych czasach, że rozpoznania mylne należą do wyjątków. W jednym przypadku, gdzie pozornie była wykryta przy sekcyi promienica, pokazała się również przy uważnem poszukiwaniu także i gruźlica. W innych przypadkach, gdzie pozornie było mylne rozpoznanie, pokazało się przy dalszem badaniu, że gruźlica była głęboko ukryta w postaci nieznacznego powiększenia gruczołów krezkowych, oskrzelowych, lub drobnych gruzełków w innych narządach.

To samo zdarzało mi się widzieć przy własnych badaniach. W jednych przypadku ogłoszonym przezemnie, a dotyczącym sztuki premiowanej 1-szą nagrodą na wystawie Lwowskiej w roku 1894 pokazały się 2 drobne gruzełki, w płucu i wątrobie. Badanie mikroskopowe nie ujawniło w tych ogniskach bakteryj gruźliczych, ale szczepienie próbne, na 2 świnkach morskich dokonane, wykazało po miesiącu wybitną gruźlicę. U innej krowy, która nie okazywała odczynu, znaleziono po sekcyi zmiany w postaci zwapniałych ognisk. Zdawało się, że mamy do czynienia z gruźlicą. Tymczasem ani mikroskopowe badanie, ani szczepienie próbne świnkom morskim nie ujawniło gruźlicy w tych ogniskach, które widocznie były samodzielnie wyleczoną gruźlicą. W innym jeszcze przypadku tuberkulina wywołała odczyn u kilkotygodniowego cielęcia, co jest dosyć rzadkiem zjawiskiem. Po zabiciu znalazłem cały przewód pokarmowy od przełyku aż do odbytnicy od strony otrzewny i krezki pokryty drobnymi przekrwionymi punkcikami. Były to świeże gruzełki, widocznie powstałe z zakażenia, wprowadzonego z mlekiem.

Zauważyć należy jednak, co różni badacze zgodnie podnoszą, że tuberkulina wywołuje często tylko bardzo nieznaczny odczyn u zwierząt z bardzo staremi zmianami, u których zwykle zresztą już na oko, po znacznem wychudzeniu, objawach wysłuchowych, wypukowych każdy weterynarz łatwo rozpozna sprawę gruźliczą.

---

[2]) Rudovsky Str. 1.
[3]) Feser, str. 40.
[4]) Feser, str. 41.

Wskutek nawoływań licznych badaczy, po dokonaniu wielostronnych prób, obecnie państwa coraz więcej poczuwają się do obowiązkowego wprowadzenia szczepień tuberkuliny w celu usunięcia gruźlicy.

Dania była[5]) pierwszą, która wprowadziła u siebie obowiązujące szczepienia tuberkuliną. Bang prowadzi tam od r. 1892 walkę z gruźlicą zapomocą tuberkuliny. Według ustawy z 14/X roku 1893 tuberkulina bywa dostarczaną bezpłatnie, jak również bezpłatnie przeprowadza się szczepienie i kontrola weterynarska, za co właściciel jest obowiązany przedsięwziąć przepisane środki w celu wyplenienia gruźlicy. Przeznaczona początkowo na koszta suma 50.000 koron rocznie została w r. 1895 podwyższona na 100.000. Szczepienie tuberkuliną uzyskało w Danii bardzo szybko licznych zwolenników, tak iż obecnie nie wystarcza nawet i ta podwyższona kwota. Do końca 1895 r. zaszczepiono 47000 sztuk bydła (według tego wypadłaby cena szczepienia około 4 kor. rocznie, zapewne dwa razy do roku). Podobnie rzecz się ma w Szwecyi[6]).

We Francyi rozporządzenie prezydenta Rzplitej z 14/III 1896 zarządza szczepienie tuberkuliną bydła, sprowadzanego z zagranicy w celu hodowli, na stacyach pogranicznych, oraz 48 godzinną obserwacyą. Sztuki uznane za chore na gruźlicę, jeżeli właściciel nie zgadza się przeznaczyć je na rzeź, zostają zwracane z drogi. Sztuki na rzeź przeznaczone z świadectwem weterynarskiem i po odpowiedniem ocechowaniu idą do rzeźni publicznych. Wskutek tego rozporządzenia nagromadziło się na granicy szwajcarskiej tyle bydła, że niektóre kantony wystąpiły ze skargami. Od czasu wprowadzenia szczepień tuberkuliną istnieje we Francyi rozporządzenie, ażeby wszystkie oddziałujące sztuki w ciągu 1 roku były zabite lub za granicę wyprawione. W budżecie państwowym na rok 1898 wstawiono 400000 fr. na odszkodowanie właścicieli, poszkodowanych wskutek tego rozporządzenia. Początkowo na ten cel przewidywano daleko znaczniejszą sumę (do 1,200.000 fr.), która jednak w pierwszym roku pokazała się za wielką. Z początkiem 1897 prefekt policyi paryskiej otrzymał specyalnie zorganizowaną służbę w celu określania gruźlicy u krów, dostarczających mleka do Paryża i departamentu Sekwany. Właściciele, życzący sobie przekonać się, czy krowy ich nie są gruźlicze, mają je w pewne dni tygodnia dostarczać do oddziału na targu bydlęcym, na to wyznaczonym. Krowy pozostają tutaj w obserwacyi w ciągu doby. Gdy się okaże po tuberkulinowej próbie, że wszystkie krowy z jednej obory są zdrowe, wówczas wydaje się świadectwo urzędowe. Co 6 miesięcy może ono być wznowione, jeżeli krowy, pozostając pod stałym dozorem weterynarskim, uznane są za zdrowe. Szczepienie tuberkuliną wykonywanem bywa bezpłatnie; uiszcza się pewna opłata za utrzymanie zwierząt. Odtąd niewolno sprowadzać do Paryża mleka od krów za gruźlicze uznanych.

W Belgii dekret królewski z 30/XI 1895 roku przepisuje środki, dążące do powstrzymania przywozu gruźliczego bydła z zagranicy i do wytępienia zarazy, istniejącej w kraju. Przytem są podane dokładne sposoby szczepienia tuberkuliną oraz sposób odszkodowania za bydło gruźlicze, które zostanie zabite w ciągu roku od czasu rozpoznania.

W Szwajcaryi Rada Związkowa upoważniła w r. 1894 Wydział rolniczy do rozdawania kantonom tuberkuliny bezpłatnie oraz do wydawania połowy należytości za szczepienie tuberkuliną zwierząt domowych, pod warunkiem, że tuberkulinę szczepić będą weterynarze ściśle według podanych wskazówek, opracowanych przez wydział rolniczy; szczepienie ma się odbywać u zwierząt mających powyżej 6 miesięcy, o każdem szczepieniu i jego wynikach ma być zdawana sprawa. Zwierzęta oddziałujące opatrzone być mają znakiem, wyciętym na prawem uchu, w postaci trójkąta. Zwierzęta nie oddziałujące po tuberkulinie, mające jakąś oznakę łatwą do odróżnienia, otrzymują świadectwo zdrowia.

Rada Zdrowia stanu New-Yorku wypracowała i ogłosiła memoryał o gruźlicy na podstawie narad w tym przedmiocie. Podniesioną została w nim okoliczność nadmiernego szerzenia się gruźlicy u bydła i jako środek polecono wybicie bydła gruźliczego. Środkiem w rozpoznaniu uznaną została tuberkulina. Memoryał żąda, ażeby stan wyasygnował na koszta zwalczenia gruźlicy 300000 dolarów. Stany Zjednoczoae Ameryki Północnej wyznaczyły w 1895 1,500.000 na bezpłatne wydawanie tuberkuliny właścicielom. Stan Massachusets rozpoczął wybijanie natychmiastowe gruźliczego bydła; pokazało się jednak, że jest to środek niewykonalny.

We Włoszech Minist. spr. wewn. wydało 25/1 1895 rozporządzenie, polecające użycie tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego szczególnie u krów mlecznych, w celu ograniczenia rozszerzania się gruźlicy przez mleko gruźliczych krów.

[5]) Rudovsky 8.
[6]) Rud. s. 8.

W Niemczech większa część państw Rzeszy związkowej wprowdziła szczepienie tuberkuliną. Okólnik królewsko-pruskiego Ministerstwa rolnictwa dotyczący zwalczania gruźlicy z 20 Lipca 1896 roku brzmi następująco:

„Niemiecka Rada rolnicza, po rozpatrzeniu środków zwalczenia gruźlicy u zwierząt domowych, uchwaliła prosić kanclerza Państwa o wprowadzenie szczepień tuberkuliną tytułem próby w kilku gospodarstwach, według sposobu podanego przez prof. Banga na Zjeździe higienicznym w Budapeszcie. Deputacya techniczna weterynarska na posiedzeniu łącznie z wybitnymi przedstawicielami gospodarstwa wiejskiego poleciła sposób ten oraz pouczenie o gruźlicy, jej szkodliwości i sposoby zwalczania podać do wiadomości publicznej. Ponieważ ustawodawcze uregulowanie sprawy szerzenia się gruźlicy napotyka na liczne trudności i zajmie zapewne więcej czasu, minister zarządzi tymczasowe środki na podstawie wniosków wyżej wspomnianych. Co się tyczy prób dokonanych pod kontrolą państwową, to dowiodły one, że w ten sposób można przy należycie starannem i ścisłem wykonaniu podanych przepisów osiągnąć istotnie zwalczenie tej choroby i osiągnięcie wolnej od gruźlicy hodowli bydła. Koszta szczepienia i całej czynności weterynarskiej mają być pokryte z kasy państwa. Właściciele otrzymają następnie odszkodowanie za padłe przy szczepieniu sztuki, oraz nie wyklucza się możności pomocy pieniężnej przy przeprowadzeniu środków, do zwalczania gruźlicy niezbędnych“.

Rada weterynarska niemiecka 9 i 10 Października 1897 nie poprzestając na wyżej wzmiankowanych środkach, z uwagi, że dobrowolne szczepienie tuberkuliny i tępienie gruźlicy nie doprowadzi do celu, uchwaliła żądać od Państwa przymusowego szczepienia tuberkuliny łącznie z odszkodowaniem i ubezpieczeniem bydła. Przymusowe zwalczanie gruźlicy możliwem jest, według tego, przy wprowadzeniu obowiązkowego oglądania mięsa i przymusowej asekuracyi bydła przeciw gruźlicy, najlepiej przez ubezpieczenie bydła rzeźnego.

Zwięźle i jasno, a zarazem w sposób bardzo praktyczny, rozwiązuje stronę zwalczania gruźlicy i odszkodowania za bydło, uznane za gruźlicze, projekt ustawy francuskiej z roku 1895, o ile mi wiadomo, bliskiej przyjęcia:

„1) Każda sztuka bydła rogatego, mająca objawy kliniczne gruźlicy, zostaje zabitą z rozkazu prefekta. 2) Bydło, mające objawy podejrzane o gruźlicę, poddane być ma próbie tuberkulinowej; sztuki oddziałujące zostają zabite z rozkazu prefekta. 3) W razie znalezienia gruźlicy u żywego zwierzęcia lub po jego zabiciu, wszystkie sztuki bydła, które były z niem w bliskiem zetknięciu, poddane być mają próbie tuberkulinowej. Okazujące odczyn gruźliczy mogą być sprzedane tylko na użytek rzeźni, do której mają być dostawiane nie później, jak w przeciągu jednego roku. Czas ten może być przedłużony przez Ministra Rolnictwa na wniosek rady przybocznej, ustanowionej przeciw chorobom zakaźnym. W tym jednak razie właściciel bydlęcia traci prawo do odszkodowania z art. 4. Zwierzę, które miało odczyn tuberkulinowy, jeżeli wśród okresu czasu obserwacyjnego okaże objawy kliniczne gruźlicy, zostaje zabite z polecenia prefekta. 4) W razie zniszczenia mięsa, częściowego lub całkowitego, z powodu gruźlicy bydlęcia dozwala się właścicielom odszkodowanie, a) w czwartej części wartości, jeżeli zwierzę zostało zabite z rozkazu prefekta; b) połowę wartości zniszczonego mięsa, jeżeli zwierzę dostawiono do rzeźni w przeciągu roku (art. 3) bez objawów klinicznej gruźlicy. Zniszczenie mięsa w każdym innym przypadku nie daje prawa do odszkodowania“. Dalsze artykuły ustawy mają na celu uregulowanie kary za przestępstwa przeciwko ustawie.

Zarządzenia i środki, jakie powyżej podane zostały, poparte były licznemi doświadczeniami, przedsięwziętemi na wielką skalę. Nocard na 1500 zwierząt szczepionych tuberkuliną poddał sekcyi 192. Z nich 124 miały charakterystyczny odczyn. Z wyjątkiem jednej sztuki wszystkie miały zmiany gruźlicze w narządach. Z pomiędzy 78, które nie miały wyraźnego charakterystycznego odczynu, 9 były również gruźlicze; te jednak miały zmiany daleko posunięte, już przy zwykłych sposobach fizykalnego badania zupełnie wyraźne. Takie przypadki zwykle dają odczyn niewyraźny, przeciwnie nawet, w takich razach stósowanie tuberkuliny do rozpoznania jest zupełnie zbyteczne. W innych chorobach Nocard nie otrzymał podwyższenia ciepłoty po tuberkulinie. Feser szczepił 443 sztuki i z polecenia Rządu bawarskiego prowadzi tę sprawę dalej. Zgadza się zupełnie z wywodami Nocarda i Banga. Bang do końca 1895 roku zaszczepił przy pomocy 210 weterynarzy 1972 obór z 53303 sztuk bydła, z nich 20665 = 38,7% ujawniło odczyn gruźliczy. Wogóle w Danii zaszczepiono w 1894 = 5200 sztuk, 1895 = 17.890 szt., 1896 = 65.700 szt., 1897 = 93.000 szt. Sprawa ta zatem postępuje bardzo szybko i rozwija się z roku na rok.

Wszyscy badacze, którzy z tuberkuliną mają do czynienia, zaznaczają ważną okoliczność, mianowicie brak dziedziczności gru-

źlicy. Bang i Nocard twierdzą zgodnie, że oddzielenie cieląt od matek, chorych na gruźlicę i karmienie ich mlekiem przegotowanem, chroni potomstwo od gruźlicy. Sposób ten pozwala w przeciągu 3-ch lat otrzymać z gruźliczej obory zdrowe potomstwo, a więc bez zbytnich kosztów ułatwia możność dojścia do zdrowego inwentarza. — Że istotnie gruźlica u bydła drogą dziedziczności prawie się nie udziela, na to mamy najwyraźniejszy dowód w małej ilości gruźliczych cieląt.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 1 Września.

W sprawie zorganizowania polskiego Komitetu na XIII międzynarodowy Kongres lekarski doręczono nam komunikat następującej treści:

Otrzymałem od Prezydyum centralnego Komitetu, urządzającego XIII międzynarodowy Kongres lekarski w Paryżu, zaproszenie do zorganizowania polskiego Komitetu. Według zwyczaju, używanego przy tworzeniu polskich Komitetów lekarskich na poprzednie Kongresy w Rzymie i w Moskwie, zaprosiłem nasze Towarzystwa lekarskie do rychłego wyboru Delegatów do tego Komitetu, jak niemniej zaprosiłem także, jako członka Komitetu, Prof. Dra Laskowskiego z Genewy. Po otrzymaniu odpowiedzi zwołam w możliwie najkrótszym czasie wybranych Delegatów na posiedzenie w celu ukonstytuowania się. Komitet centralny w Paryżu zawiadomiłem, że podjąłem starania około zorganizowania Komitetu polskiego.

Kraków, 31 Sierpnia 1898.

Prof. Dr. Edward Korczyński.

Od kol. Dra Zolla otrzymujemy list następujący:

Porządkując bibliotekę po ś. p. prof. Obalińskim, w celu jej spieniężenia, znalazłem brak pojedyńczych tomów i zeszytów; ponieważ mam powody mniemać, że brak ten powstał z powodu wypożyczań, do uwidocznienia czego nie posiadam jednak żadnych notatek, udaję się na tej drodze do PP. Kolegów z prośbą, ażeby, jeśli mają u siebie jakie dzieła z księgozbioru ś. p. prof. Obalińskiego, zechcieli w najkrótszym czasie odesłać je pod moim adresem (Kolejowa, 7).

Dr. Józef Zoll.

* W ubiegłym roku szkolnym było w Uniwersytecie lwowskim słuchaczów 1673 (166 nadzwyczajnych), a mianowicie: 295 — na wydziale teologicznym, 1096 — prawnym, 121 — lekarskim, 161 — filozoficznym. Podług narodowości było: 1162 Polaków, 501 Rusinów (238 na wydziale teologicznym), 6 Niemców, 3 Czechów, 1 Bułgar.

* Podniesiona przez warszawski wydział lekarski myśl ustanowienia katedry pedyatryi w uniwers. warszawskim nie została na razie uwzględnioną przez władzę.

* Projekt do ustawy o szczepieniu ospy ochronnej („Przegląd lekarski“, Nr. 33), powzięty przez angielską Izbę gmin, trafił na opór w Izbie lordów, gdzie go zwalczał znakomity Lister. Odesłany do powtórnego przejrzenia do Izby gmin i tam ponownie poparty, został ostatecznie przyjęty przez Izbę lordów.

W przewidywaniu tych niefortunnych uchwał angielskie Towarzystwa: lekarskie i chirurgiczne, wypowiedziały swe, niemal tożsame zapatrywania na zupełną nieszkodliwośc i wielką pożyteczność szczepienia krowianką, nazywając „nieszczęściem dla ludności“ wszelki wyłom w prawie obowiązkowego szczepienia. Rozumna ta przestroga nie została uwzględnioną.

(c) Przed dwoma laty odnaleziono w bibliotece kościoła św. Jakóba w Szczecinie kilka roczników „Stettiner ordinäre Postzeitung“, z początku XVIII w. (1716—1720), dziennika, którego istnienia, zwłaszcza już tak wcześnie, nawet się nie domyślano. Dr. Buschan, zadawszy sobie trud przewertowania starej bibuły, znalazł garść szczegółów, ciekawych dla określenia stosunków lekarskich w owym czasie i trochę wiadomości o współczesnych nagminnie panujących chorobach, oraz sposobach zapobiegawczych. Jest między tem wszystkiem także nieco wiadomości o Polsce, które warto zapisać; może jaki przyszły historyk polskiej medycyny te okruszyny podejmie. W Listopadzie 1719 zapisano wieść ze Lwowa, że zaraza morowa w mieście tem słabnie, a w Styczniu 1720, że już tam ustała. W roku 1718 nadmieniono tylko ogólnie o Polsce, że zaraza w niej szczególnie gwałtownie się sroży. Zdaje się, że równocześnie panowały inne także zarazy, bo np. w Sierpniu 1719 donoszą ze Lwowa, że „auf denen Vorstädten unter den Juden noch unbekannte Krankheiten grassiren“.

Ciekawą też jest wiadomość, że dla zapobieżenia zarazie (prawdopodobnie dżumie), stosowano w Polsce odosobnienie chorych. W Lublinie wygnano 1720 r. 16 zarażonych za miasto; gazetka zapisuje, że wszyscy ci chorzy jeszcze żyją. Również znajduje się wzmianka o 21 chrześcianach, zamkniętych w łazni przez 6 żydów, „weil 2 andere Personen, so sich mit diesen zugleich gebadet, Todes verblichen sind, die aber, so schon etliche Tage gehalten, befinden sich gesund“.

* W Londynie zaprowadza Asylum Board nowość, której szczerze można pozazdrościć. Jest nią utworzenie „szkół szpitalnych“, to jest szkół dla dzieci, wykluczonych z powodu chorób zaraźliwych (jaglicy, świerzbu i t. d.) z publicznego nauczania; również odrębne szkoły powstać mają dla dzieci, przychodzących do zdrowia lecz osłabionych jeszcze po ciężkich chorobach; dla umysłowo mniej rozwiniętych, wreszcie dla dzieci, oddawanych do domów poprawy. Doniosłości tego nader szczęśliwego pomysłu, zarówno ze względu na zapobieganie szerzeniu się jaglicy i t. d., jak i ze względów ogólnospołecznych, wyłuszczać chyba nie potrzeba.

* Szkoła lekarska dla kobiet w Londynie szybko się rozwija; obecnie zbudowała sobie nowe zakłady dla anatomii, fizyologii i patologii. Oddziały kliniczne mieszczą się w „Royal free Hospital“. Po egzaminach stoi otworem lekarkom „The new Hospital for Women“, w którym cała służba lekarska jest wyłącznie w rękach kobiet i gdzie oddział chirurgiczny, pod kierunkiem pani Dr. Scharlieb, wykazuje nader korzystną statystykę operacyj. Później znaleźć mogą lekarki angielskie łatwo miejsce w Indyach zachodnich, gdzie przepisy religijne zakazują kobietom leczyć się u mężczyzn.

* W Norwegii przygotowuje się projekt do prawa, wzbraniającego palenia tytoniu osobom, które nie ukończyły 16 lat życia.

* Dr. Antoni Veselý, I szy asystent prof. Eiselta i naczelny redaktor „Časopisu lek. č.“, habilitował się na stopień docenta do wykładów z medycyny wewnętrznej w czeskim wydziale lekarskim.

Mianowania. Dr. Bloch mianowany został prof. nadzw. otyatryi w Fryburgu. Dr. Kohn — nadzw. prof. chemii lekar. w Królewcu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Walenty Seweryn, lat 83, w Uładówce na Podolu. Dr. Andrzej Bohdan Biliński, lekarz okręgowy w Kozowej, zmarł 25 sierpnia w Krakowie. Dr. Ewert Juliusz Bonsdorff, prof. anatomii i fizyologii w Helsingforsie. Dr. W. Pepper, prof. medycyny wewn. w Filadelfii. Dr. Jan de Vrij, profesor farmakologii w Haadze.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 35): Dra Puławskiego A.: Rak żołądka na tle wrzodu okrągłego Dra Cybulskiego H: Przypadek odmy piersiowej. W *Medycynie* (Nr. 35): Dra Olszewskiego H.: Dwa przypadki cięcia cesarskiego zachowawczego z powodu guzów miednicy małej. W *Przeglądzie dentystycznym*: Dzierżawskiego: O przyczynach, uspasabiających do pruchnicy zębów, oraz kilka słów o zapobieganiu próchnicy. Dra Zielińskiego Wł.: O przypadkach przy wyjmowaniu zębów.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Kuflewski, prof chirurgii w klinicznej szkole w Chicago: „Cavernous Angioma“ w „The Chicago Clinic“, 1898. Nr. 5.

— Prof. A. Beck: „Zur Untersuchung der Erregbarkeit der Nerven“, Bonn, 1898.

— Jahrbuch des Bosn-Herceg. Landesspitales in Sarajevo für 1834, 1895, 1896. herausgegeben von der Landesregierung für Bosnien u. Hercegowina. Wiedeń. Nakład J. Safára. 1898.

— Doc. Dr. Haug: Thun und Lassen in der Behandlung etlicher der haufigsten Ohraffectionen. München, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**